N° 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GALACTOPHOROMASTITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juin 1901

PAR

Ferdinand ARNOUX

Né à Peille, le 20 septembre 1874.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. PUECH.	MM. RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	L. IMBERT.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	H. BERTIN-SANS
DE ROUVILLE.		

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, *président.*	MM. LAPEYRE, agrégé.
PUECH, agrégé.	VALLOIS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A CELLE QUI VA PARTAGER MA VIE

A MON FRÈRE

F. ARNOUX.

A la Mémoire de mon Oncle AUGUSTE ARNOUX

A la Mémoire de mon Oncle ANTOINE SALDO

DOCTEUR EN MÉDECINE

A mes Chers Oncles FERDINAND et JOSEPH ARNOUX

F. ARNOUX.

A MON ONCLE ADOLPHE SALDO

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MON ONCLE D. PIANAVIA

GÉNÉRAL EN ITALIE

A MON COUSIN HENRI PIANAVIA

AVOCAT

A MES COUSINES MARIE ET PHILOMÈNE

F. ARNOUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MON EXCELLENT ET DÉVOUÉ AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNÈS

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

F. ARNOUX.

AVANT-PROPOS

A mesure qu'approche le moment de terminer nos études, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous envisageons l'avenir et la lourde tâche qu'il nous apporte. C'est là une chose à laquelle nous avions bien peu songé jusqu'ici, et cependant nous nous sentons plein de courage pour surmonter les difficultés que nous allons rencontrer. Cette assurance, nous ne la devons qu'au savant enseignement que nous avons reçu de nos Maîtres.

Aussi le moment de les remercier est venu, et c'est avec une joie bien sincère que nous venons exprimer notre plus vive reconnaissance, à tous ceux qui nous ont aidé à acquérir le peu que nous savons.

Remercions tout d'abord nos maîtres des hôpitaux de Marseille, dont la bienveillance ne nous a jamais manqué au début de nos études, et tout particulièrement MM. Poucel, Louge, Roux de Brignolles, professeurs à l'Ecole de Marseille, ainsi que M. le Dr Platon, chef de Clinique.

Remercions aussi tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, dont nous conserverons toujours le meilleur souvenir. Nous ne pouvons mieux faire, je crois, pour les assurer de notre reconnaissance, que de leur exprimer nos sincères regrets de n'avoir pas été plus tôt, et de ne pouvoir être plus longtemps leur élève.

Parmi eux, il nous faut remercier tout particulièrement M. le professeur-agrégé Puech, pour la bienveillance avec

laquelle il nous a ouvert toutes grandes les portes de son service, lorsque nous avons voulu recueillir les matériaux de ce modeste travail. Et ici, M. le Dr Reynès, chef de Clinique obstétricale, voudra bien accepter notre plus vive reconnaissance pour l'aimable empressement qu'il a si souvent mis à nous éclairer de ses connaissances sur un sujet de thèse que nous lui devons.

Nous n'oublierons pas non plus M. le professeur-agrégé Vires pour l'affabilité qu'il a toujours montrée à notre égard. Nos remerciements sont insuffisants à exprimer tout ce que nous lui devons ; aussi garderons-nous toujours le meilleur souvenir de sa bienveillance.

Que M. le professeur Estor daigne accepter aussi nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, et pour le bon accueil qu'il nous a fait dans son service, le premier que nous ayons fréquenté à notre arrivée dans cette Faculté.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GALACTOPHOROMASTITE

INTRODUCTION

Quand au terme de ses études, l'étudiant en médecine d'aujourd'hui, doit, pour devenir le docteur de demain, choisir un sujet de thèse, il en est certainement fort peu qui ne voient se dresser devant eux menaçante la phrase de La Bruyère : « Tout est dit, et l'on vient trop tard, depuis sept » mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent. »

Il est en effet difficile de trouver quelque chose de nouveau à dire, alors surtout que l'expérience ne nous a pas mûri par son enseignement. Chacun doit cependant s'efforcer d'apporter sa petite pierre à l'édifice, et nous avons cru pouvoir le faire en contribuant à l'étude de la galactophorite, déjà vieille de douze ans.

Laissant, en effet, de côté l'étude des diverses affections aiguës du sein, confondues autrefois ou du moins mal différenciées par les auteurs anciens sous le nom d'inflammations des mamelles, nous avons l'intention dans ce travail modeste

de ne nous occuper que de l'inflammation, des abcès portant seulement sur l'appareil glandulaire du sein, les canaux galactophores et les lobes mammaires avec leurs acini.

Depuis que M. le professeur Budin a montré tout le parti qu'on pouvait tirer du traitement, par l'expression mammaire, entrevue avant lui par Chassaignac, cette thérapeutique s'est rapidement vulgarisée grâce aux bons effets que les cliniciens retiraient de son application. La preuve de l'efficacité du procédé n'est plus à faire ; mais en apportant des observations nouvelles, nous avons l'intention d'attirer encore une fois l'attention du praticien sur une méthode thérapeutique d'une extrême simplicité, qui, bien connue de tous les médecins, évitera aux malheureuses accouchées bien des abcès mammaires si douloureux, avec tout leur cortège d'ouvertures, de drainages et de longues suppurations.

Nous avons en outre l'intention de montrer que dans cet appareil glandulaire la phlegmasie peut, au début tout au moins, porter sur deux régions différentes : parties profondes ou superficielles, lobes mammaires avec leurs acini, ou canaux galactophores avec leurs sinus. Il nous a semblé, au point de vue clinique, que l'on pouvait différencier ces deux étapes successives d'un même processus pathologique, et c'est ce petit point que nous avons l'intention de mettre en lumière.

HISTORIQUE

Dès les temps les plus reculés, en remontant aussi loin que le permet la littérature médicale, on voit que les abcès du sein ont attiré l'attention. Les écrits d'Hippocrate, ceux de Galien, renferment déjà des notions très vagues sur l'inflammation des mamelles. Des descriptions plus ou moins complètes en sont données dans les vieux traités de chirurgie. Mais, à cette époque, la connaissance incomplète de l'anatomie de la mamelle, l'absence de microscope, jettent une confusion absolue dans l'étude clinique des diverses affections du sein.

Petit à petit cependant, par étapes successives, des distinctions grossières d'abord s'établissent. Il faut arriver en 1837, pour avoir avec J.-L. Petit[1] une étude qui est comme l'ébauche de nos idées actuelles. Sans avoir en vue d'une façon spéciale la mamelle, ce grand représentant de la Chirurgie française distingue, pour les glandes en général, deux catégories d'inflammations bien différentes : « Les » apostèmes qui se forment dans le corps des glandes, » dit-il, viennent lentement en suppuration, et la matière » est ordinairement puante, séreuse, inégale, grumeleuse, » et souvent de couleur brune ; mais si le corps graisseux » qui entoure la glande s'enflamme et suppure, la formation » du pus est plus prompte et la matière est louable. Quel- » quefois, cet abcès phlegmoneux a lieu sans que la glande

[1] J.-L. Petit ; Œuvres complètes, édition de 1837.

» suppure ; celle-ci se gonfle seulement, s'endurcit ou se » résout, ou tombe en pourriture. Enfin, la glande et le » tissu cellulaire qui l'entoure peuvent suppurer ensemble. » On le voit, par ces quelques lignes, nous sommes enfin arrivés à une distinction nette. *La glande proprement dite est susceptible de s'enflammer seule ; le tissu cellulaire qui l'entoure peut aussi arriver à suppuration sans intéresser la glande. Enfin, les deux sont susceptibles de s'abcéder ensemble.*

Cette division si rationnelle, entrevue par Petit, va rester vingt ans sans écho. C'est à cette date (1858) que paraît le « Traité sur les maladies du sein » de Velpeau[1], où l'auteur distingue trois variétés d'inflammations :

1° Celle des cloisons et filaments fibro-cellulaires ;

2° Celle des grains et lobules sécréteurs ;

3° Celle des conduits lactés.

Nous avons enfin l'*abcès glandulaire*, qui prend naissance dans l'arbre excréteur, abcès que Velpeau considère comme la suite de l'adénite mammaire.

A cette même époque, Chassaignac[2], dans son « Traité de la suppuration », range les abcès du sein en deux grandes classes, ceux extérieurs à la glande (péri-mammaires ou extéro-mammaires) ; et ceux qui siègent dans l'élément noble de l'organe, le corps de la glande elle-même (abcès endo-mammaires ou entéro-mammaires).

Depuis Chassaignac, l'origine glandulaire des mastites trouve comme défenseurs Tripier[3], Spiegelberg[4], Duplay, Lannelongue. Mais sous l'influence de Nélaton et de certains

[1] Velpeau ; Des abcès du sein (*Bull. gén. de Thérapeut.*, etc. Paris 1851, XI). Traité des maladies du sein (Paris 1858, P. 4, 128).

[2] Chassaignac ; *Gazette médicale de Paris*, 1855. Traité de la suppuration, 1859, tom. II, pag. 259-266.

[3] Trip'er ; *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Méd.*, 2e série, tom. IV.

[4] Spiegelberg ; Lehrbuch der Geburtshülfe, 1882.

de ses élèves comme Richard, l'opinion s'était cependant répandue que ces sortes d'abcès étaient d'origine lymphatique.

De nos jours, grâce aux travaux de Piante [1], aux recherches bactériologiques de Mme Merrit [2], aux remarquables expériences de Nocard [3], on est enfin revenu à la théorie donnée par Chassaignac sur l'origine canaliculaire.

Il pourrait, à première vue, paraître que ce soit là d'inutiles querelles. Mais depuis les très remarquables travaux du professeur Budin [4], l'illusion sur ce point n'est, on le verra, plus permise. C'est lui qui a donné à cette inflammation le nom expressif de Galactophorite, indiquant assez par là dans quel camp il se plaçait.

En 1888, Cataliotti [5], deux ans plus tard, Arbel [6], tous deux ses élèves, donnent dans leurs thèses les arguments péremptoires qui l'ont fait partisan d'une conception pathogénique d'où devait naître le traitement par l'expression mammaire. Tout récemment encore, dans sa thèse de 1901, Mlle B. Neufeld [7] montre, par de nombreuses observations, qu'il n'était pas indifférent de savoir si l'arbre excréteur pouvait être le premier ou seul intéressé, puisque de cette connaissance découle un traitement qui a renversé à jamais la durée, le pronostic et la gravité de cette affection.

[1] Piante ; Thèse de Lyon, 1885.

[2] Merrit ; Thèse de Paris, 1886-1887.

[3] Nocard ; *Annales de l'Instit. Pasteur.*

[4] Budin ; Académie de Médecine, 16 avril 1889 ; et Leçons de Clinique obstétricale, Paris 1889, pag. 438.

[5] Cataliotti ; Thèse de Paris, 1888-89.

[6] Arbel ; Thèse de Paris, 1901.

[7] Mlle B. Neuffeld ; Thèse de Paris, 1901, *Contribution à l'étude clinique et Bactériologique de la Galactophorite.*

Pathogénie de la Galactophoromastite.

Pour prendre, avec Delbet[1], la pathogénie des galactophoro-mastites à un point de vue très général, nous dirons que l'apport des germes indispensables à l'inflammation de la glande mammaire ne peut se faire que par trois voies, que nous étudierons successivement : la voie sanguine, la voie lymphatique et la voie muqueuse.

Nous n'avons aucune répugnance à admettre que le sang soit susceptible d'apporter, au niveau de la mamelle, siège d'une congestion active après l'accouchement, des microorganismes pathogènes. Les expériences plus haut citées d'Escherich sur les animaux ont nettement montré que ces microorganismes, charriés par la voie sanguine, peuvent être éliminés au niveau de la mamelle, mélangés au lait, comme ils le sont au niveau du rein, emportés par l'urine. On sait que, chez les femmes atteintes de pyohémie puerpérale, les microorganismes, entraînés par le torrent circulatoire, vont faire souvent, loin de leur lieu d'origine, dans un terrain où ils colonisent, des abcès métastatiques. Un de ces derniers fut observé par Hennig, à la suite d'une fièvre typhoïde, au niveau du sein. Evidemment, la congestion étant plus active du côté de ces annexes de l'appareil génital, après l'accouchement, il n'est pas difficile d'admettre que, là plus qu'ailleurs, les microbes pyogènes qui circulent, trouvant un terrain

[1] Delbet ; Traité de Chirurgie, tom. V. pag. 799.

favorable tout disposé à les recevoir, s'arrêtent, et au lieu d'être éliminés donnent naissance à l'abcès mammaire. Mais qu'importe, dans ce cas-là, cet incident dont l'intérêt est bien médiocre, étant donnée la gravité de l'état général? Sans le rejeter complètement, nous admettrons donc que ce processus pathogénique est possible, mais nous ne devons le considérer que comme un fait d'exception.

Discuter l'apport des germes par la voie lymphatique est chose plus délicate encore, d'autant que la lymphangite accompagne souvent la galactophorite. Et pourtant on peut encore, dans bien des cas, d'après la marche de l'affection, rejeter comme cause le transport des germes par la lymphe. Le début brusque des lymphangites, dû aux larges communications qui existent au niveau des nombreuses mailles des lymphatiques de la mamelle, la prise rapide des gros troncs, l'engorgement des ganglions de l'aisselle, sont autant de signes qui manquent dans la galactophorite pure ; en outre, comme le fait remarquer M. Duplay, l'inflammation devrait remonter le cours de la lymphe pour se propager aux profondeurs de la glande. Comment expliquer, pour la voie qui nous occupe, cette exception à la règle générale de l'infection?

En poursuivant l'étude clinique, on voit des noyaux indurés donner dans la mastite de gros et très nombreux abcès indépendants les uns des autres, frappant au hasard des lobes situés aux extrémités de la mamelle, sans aucun rapport de continuité, ni de contiguité. A intervalles beaucoup plus rapprochés au contraire, moins volumineux, siégeant sur le trajet d'un même tronc, les abcès lymphatiques apparaissent presque simultanément.

Connaissant l'anatomie de la mamelle, la séparation des lobes glandulaires, l'isolement des conduits galactophores,

avons-nous les mêmes difficultés à expliquer cette succession capricieuse d'abcès disséminés, en reconnaissant la voie épithéliale comme moyen d'apport?

Il semble que poser la question, c'est déjà la résoudre. On comprend facilement que ces glandes isolées, ayant chacune leur canal excréteur, et dont l'ensemble forme la glande mammaire, puissent se prendre une à une ou simultanément, celle de la partie droite après celle qui siège à gauche, et l'on aura ainsi l'explication du fait clinique plus haut observé.

D'ailleurs, il est un signe non équivoque, indiqué d'abord par Chassaignac, plus tard repris par M. Budin, et qui n'admet pas d'objection : quand, tout au début de l'affection, alors que l'état général est encore indemne, en l'absence des traînées rougeâtres de lymphangite et des ganglions axillaires, on vient à presser le sein, on voit sourdre à l'extrémité du mamelon, seul ou mélangé au lait, du pus qui vient ôter tous les doutes : C'est le signe pathognomonique d'une galactophorite évidente.

Mais, si nous admettons que la galactophoromastite puerpérale a bien, comme son nom l'indique, sa source dans l'arbre excréteur, nous nous heurtons maintenant à des théories diverses, invoquées depuis des siècles pour expliquer la pathogénie de cette inflammation des conduits et des acini de la glande. C'est d'abord la théorie du poil produisant l'engorgement laiteux. Elle est fondée sur une ancienne et absurde croyance datant d'Aristote, d'après laquelle la femme qui avait avalé un poil devait l'éliminer par les mamelles. Trop souvent, ce poil s'arrêtait dans les conduits de la glande ; l'engorgement était produit, l'inflammation suivait.

Jusqu'au XVI[e] siècle, cette explication fantaisiste ne trouva pas de détracteurs. A cette époque, Jérôme Mercurialis la

met en doute. Guillaume Rondelet réagit, en 1645, contre cette croyance, et le savant professeur de l'Ecole de Montpellier fait remarquer à juste titre que le poil avalé devait prendre la direction du ventre, pour être, comme toutes les autres matières ingérées, expulsé avec les fèces.

Se rendant sans doute à ces explications, Benedetti nie la provenance extérieure du poil ; mais il le fait naître dans la glande même et lui attribue les mêmes inconvénients. Il faut arriver à Vésale et à Rodrigue de Castro pour voir tomber la légende du poil, qui n'est, pour ces derniers, qu'une concrétion filamenteuse du lait.

Restait l'engorgement laiteux.

A cette époque, on admettait le transport du lait en nature dans la glande mammaire. Voici d'ailleurs ce que dit Antoine Petit à ce sujet : « La matrice, en se resserrant, ne permet » plus aux sucs d'y aboutir, ils sont donc obligés de refluer » dans la masse des humeurs, où ils produisent pléthore. Or » c'est cet état pléthorique joint à l'alkalescence, qui porte le » lait dans le sang, et qui, réuni à la vibralité dans les nerfs, » fait naître la fièvre dont nous parlons (fièvre de lait ; mais » la nature attentive au bien de la machine se débarrasse » de cette pléthore, en déterminant le lait à se porter aux » mamelles ; elles sont destinées à recevoir cette humeur ; » elles l'attendent pour ainsi dire ». Ce n'est qu'au cas où l'on viendrait à s'opposer à sa sortie par cette voie qu'« elle » est obligée de descendre et de se porter à la matrice » comme dans le lieu où elle trouve moins de résistance ; » elle en pénètre le tissu, dilate les petits vaisseaux encore » béants, coule dans sa cavité, sort par la vulve et forme la » troisième espèce de lochies, c'est-à-dire les laiteuses. »

Mesnard écrit dans le même sens : « C'est le trop grand » et subit apport du lait qui se trouve engorgé dans les glan- » des de ces parties, et qui s'y aigrit. »

En somme, dans l'opinion ancienne, le lait joue le rôle de corps étranger, et c'est, comme nous venons de le voir, son accumulation sous tension dans les canaux glandulaires qui est cause de l'inflammation, soit qu'il s'y aigrisse, soit que, comme l'admet Raulin, il s'y corrompe; soit enfin, que, trouvant un canal bouché, il rompe les acini et s'extravase. Le poil était devenu un coagulum obturant, formé de la façon suivante : la partie liquide du lait se résorbait, la partie solide se concrétait et fermait la lumière des vaisseaux, tandis qu'en arrière le lait continuait à s'accumuler.

Jusqu'aux travaux de Bichat démontrant que le lait était le produit de la sécrétion de la glande, tout était obscurité dans ces théories de l'engorgement; mais, dès lors, l'explication devenait facile : surproduction laiteuse, insuffisance d'écoulement tenant soit à l'absence de succion ou de traite, soit à l'étroitesse des conduits excréteurs, et l'engorgement et, à sa suite, l'abcès mammaire étaient constitués. A cette époque et sous l'empire de ces théories, on se préoccupa beaucoup de savoir si les femmes qui nourrissent étaient plus que les autres exposées aux abcès du sein. La déduction était facile, elle fut tirée. L' « Emile » de J.-J. Rousseau se fit le vulgarisateur de cette erreur que les nourrices sont moins exposées aux abcès mammaires que les femmes qui n'allaitent pas.

Velpeau, dans des explications un peu obscures, fait de l'engorgement la cause première de l'abcès glandulaire. « Tant que cette sécrétion n'agit que mécaniquement, dit-il, » il n'y a qu'engorgement; mais, ainsi distendus, les con- » duits lactés peuvent perdre patience; alors l'irritation » gagne la glande et prend le caractère de l'inflammation » parenchymateuse. »

C'est là encore le point en litige; l'engorgement laiteux existe à n'en pas douter; on le rencontre souvent dans les

jours qui suivent l'accouchement ou encore chez les femmes qui brusquement cessent d'allaiter. On voit la mamelle se tendre, devenir le siège d'une tuméfaction souvent fort douloureuse ; mais la fièvre n'accompagne pas ces phénomènes locaux, qui disparaissent d'ailleurs rapidement.

Cette stase laiteuse est-elle capable, à elle seule, de donner naissance à la mammite, voilà où l'accord n'est pas fait. Il est, pour résoudre cette question, des expériences de laboratoire et des faits cliniques bien propres à nous éclairer. Il est, en effet, facile de produire expérimentalement la stase laiteuse: c'est ce qu'a fait Kehrer [1] en obturant chez les lapines, avec du collodion, les orifices des vaisseaux galactophores, sans qu'aucune inflammation s'en suivît. Agissant dans le même but, Delbet a fait sur plusieurs mamelles d'une chienne, la ligature sous-cutanée des vaisseaux galactophores, en ayant soin de ne pas les lier tous. Les petits continuaient, en tétant ces mamelles, à produire l'excitation qui faisait sécréter la glande ; le lait s'écoulait encore par les vaisseaux non liés, tandis que l'obstacle mécanique placé sur le trajet des autres créait l'engorgement artificiel. Dans cette nouvelle expérience, on ne vit encore se produire aucune inflammation.

Les observations cliniques ne sont pas moins probantes, et nous empruntons à Cataliotti [2] des exemples recueillis dans une leçon de M. Budin, dont il rapporte les propres paroles, que voici : «Il y a un certain nombre d'années, avant » l'emploi de l'antisepsie, on discutait beaucoup pour savoir » si, lorsqu'on ouvre des abcès du sein, il fallait faire des » incisions longues ou courtes. On reprochait, en particu- » lier, aux grandes incisions de sectionner les canaux galac-

[1] Kehrer, cité par Deiss : thèse de Heidelberg.

[2] Cataliotti (*loc. cit.*).

» tophores : la cicatrisation des parties se faisait isolément, » il en résultait une oblitération du canal qui communiquait » avec les acini. On pensait que, la lactation s'établissant » après un accouchement ultérieur, il y aurait rétention du » lait dans la partie de la glande ainsi isolée de l'extérieur, » et production d'un abcès. J'ai vu quelques femmes chez » lesquelles on avait fait de longues incisions ; quand un » nouvel accouchement eut lieu, la sécrétion lactée survint » sans que j'aie remarqué la moindre menace d'abcès dans » la partie de la glande dont le produit ne pouvait être éli- » miné.

» Etant chef de clinique, j'ai observé une femme chez » laquelle le professeur Richet avait, alors qu'elle était jeune » fille, enlevé les deux seins pour une hypertrophie consi- » dérable des mamelles. Elle accouchait pour la troisième » fois : en dehors de la cicatrice et même assez loin dans » l'épaisseur des tissus, il restait de petits noyaux de tissu » glandulaire qui, au moment de la montée de lait, augmen- » tèrent considérablement de volume ; la poitrine, absolu- » ment plate auparavant, avec une cicatrice transversale, » devint un peu bombée et convexe. Il n'y eut aucun abcès » par rétention laiteuse ; il ne s'en était pas davantage » produit à la suite des deux accouchements antérieurs.

» Enfin, il est des femmes qui présentent des mamelles » supplémentaires, ont tout au moins, comme il n'existe » pas de mamelon, des portions de glandes mammaires » supplémentaires. J'en ai vu plusieurs exemples ; dans l'un, » que plusieurs d'entre vous ont observé avec moi, les » tumeurs existaient au niveau des deux aisselles. Le troi- » sième jour après l'accouchement, ces tumeurs augmen- » tèrent de volume, elles devinrent dures et bosselées ; elles » étaient, en même temps, très sensibles à la pression, et la » malade, couchée sur le dos, était obligée, pour ne pas

» souffrir, de tenir les deux bras écartés du tronc. Il n'y eut » aucune suppuration ; quelques jours plus tard, les phé- » nomènes de congestion avaient disparu, et les noyaux » glandulaires avaient repris leur volume »[1].

Ces exemples suffisent donc à trancher la question : il est entre l'engorgement et la mammite un fossé profond qui les rend étrangers l'un à l'autre. Depuis qu'à l'aide du microscope la pathologie est entrée dans une ère nouvelle, en reconnaissant, comme cause des maladies, la pénétration des microbes dans les tissus de l'organisme, on doit chercher ailleurs la véritable cause ; c'est dans la présence des micro-organismes dans l'arbre excréteur que nous devons la trouver ; c'est par la pénétration des microbes pathogènes que l'on franchira le vide qui sépare la physiologie de la pathologie, la stase laiteuse de la mastite suppurée.

Nous devons maintenant nous demander comment va se faire l'apport des microbes, quelles sont les sources de l'infection.

Nous avons dit plus haut que c'était par les conduits galactophores qu'avait lieu la pénétration des micro-organismes. De toutes les glandes de l'économie, il n'en est peut-être pas en effet qui, de par leurs fonctions, de par leur situation ou leur structure, soient plus exposées que la mamelle à l'infection. Les conduits excréteurs viennent directement s'ouvrir à l'extrémité du mamelon : c'est là une porte ouverte, d'un accès facile pour les germes ; et d'autre part cette glande manque d'appareil excréteur destiné à assurer l'écoulement du produit de la sécrétion. Si l'on voit en effet quelquefois le lait s'écouler de lui-même, c'est à cause de la tension trop grande à laquelle il se trouve soumis dans la glande ; la succion de l'enfant ou la

[1] Budin ; Leçons sur les abcès du sein.

traite sont d'ordinaire les conditions nécessaires à sa sortie. Il n'y a donc pas de courant capable de draîner, de refouler les microbes apportés au contact du mamelon.

Etant donnée la fonction que le sein est appelé à remplir, on ne s'étonnera pas, que les germes soient facilement apportés au niveau de ce mamelon. Les yeux de l'enfant si souvent atteints d'une ophtalmie plus ou moins grave, comme Legry [1] en rapporte des observations ; la bouche, plus ou moins septique, et elle l'est toujours ; les mains de l'accouchée ; les objets de pansement, sont autant de véhicules pour l'infection. Aussi n'est il pas rare d'observer des sortes d'épidémies de galactophorites et doit-on veiller avec une scrupuleuse attention sur la propreté rigoureuse des personnes appelées à donner leurs soins aux accouchées.

Nous devrions ici dire quelques mots des microbes que l'on rencontre dans les abcès de la glande mammaire. Cette étude a été faite déjà bien souvent. Dans la thèse de Cataliotti [2], M. Vignal a consigné le résultat de ces examens bactériologiques, grâce auxquels il a décelé les éléments pyogènes.

Après lui, Ringel [3] trouve le *staphylocoque pyogène albus* dix-sept fois ; deux fois l'*aureus ;* une fois l'*albus* et l'*aureus* deux fois l'*albus* mêlé au *streptocoque pyogène*. Et notons que ces microbes, il les trouve même quand la femme n'est pas malade.

C'est d'ailleurs à ces mêmes résultats qu'arrivent Cohn [4] et Neümann [5]. Mais en 1894 Genoud [6], dans sa thèse, met

[1] Legry ; *Progrès Médical*, 27 août 1887, n° 55, pag. 153.

[2] Cataliotti ; (*loco citato*).

[3] Ringel ; *Revue générale de Méd. in., de Chir. et d'Obst.*, 19 juillet 1893.

[4] Cohn ; Zur œtiologie der puerperalen Mastitis für Geburtshülfe und Gynaœk. Band XI, Heft II, 1886.

[5] Neümann ; Bacteriologisher Beitrag zur œtiologie des Pneumonien in Kindesalter. Band XXX, Heft III, pag. 223-260.

[6] Genoud ; Thèse de Lyon, 1894.

en doute cette présence constante des germes pathogènes dans le lait des femmes bien portantes : « si on a trouvé des » staphylocoques dans le lait ou le colostrum des femmes » bien portantes, leur présence est due à une contamination » périphérique au niveau du mamelon ou de l'extrémité des » conduits galactophores, insuffisamment aseptisés [1]. »

Cependant les recherches de Charrin en 1895, celles de Koestlin en 1898, qui semblent avoir été faites avec toutes les précautions nécessaires, dénotent l'existence du staphylocoque dans le lait des femmes accouchées normales. C'est là un microbisme latent créé par l'apport des germes apportés par la bouche du nourrisson. Neümann, Merrit et Bouloche, Monnier, décèlent en effet staphylocoques, tétragènes, streptocoques dans la salive du nouveau-né, qui à elle seule serait par conséquent pyogène.

Bréal [2], dans sa thèse, termine son chapitre d'exposé pathogénique par ces mots : « Les microbes pénétrent dans » les canaux galactophores le plus souvent sans danger » pour ceux-ci. Mais vienne une exaltation de la virulence » microbienne par crevasse, etc., ou que la glande se trouve » en état de *locus minoris resistentiæ*, et les germes pullu- » lent, deviennent pathogènes, et déterminent l'inflamma- » tion. »

Nous trouvons dans cette citation ce mot de crevasse, qui avec les gerçures, les fissures du mamelon, constituent pour les auteurs une condition étiologique importante, pour certains même, indispensable des mammites. C'est là, à notre avis, la source des théories qui ont attribué à toutes les inflammations du sein l'origine lymphatique. Küstner ne s'explique pas comment les crevasses favoriseraient le développement

[1] Guerra, Thèse de Genève, 1894.

[2] Bréal : Thèse de Paris, 1900.

des mastites si l'on admet l'infection par les vaisseaux galactophores. On peut lui répondre que les microbes trouvent là un milieu de culture favorable à leur développement, y exaltent leur virulence et pénètrent ensuite par la voie connue dans l'intérieur de l'arbre excréteur, pour y porter leurs ravages.

Certainement, les crevasses et les gerçures accompagnent souvent la galactophoromastite ; mais elles ne sont pas cependant aussi fréquentes qu'on a bien voulu le dire. Leur absence dans des cas très nombreux montre bien qu'elles ne sont pas la condition constante, et à plus forte raison nécessaire, des infections dont nous nous occupons. Nous pouvons cependant dire, avec Delbet, qu'elles constituent souvent « une étape intermédiaire » entre les sources des micro-organismes et l'appareil glandulaire.

La stagnation du lait est, nous l'avons vu à propos de l'engorgement laiteux, une condition favorable à la pénétration des germes. Ces derniers n'ont pas, en effet, à remonter un courant qui n'existe pas. La présence si douloureuse des gerçures, des crevasses du sein, agit justement dans ce sens-là. Souvent les douleurs sont tellement vives qu'on est obligé de suspendre l'allaitement. C'est là, à notre avis, une circonstance qui peut favoriser le développement des mastites, auxquelles cependant nous ne reconnaissons comme cause presque exclusive, de par toutes les raisons énumérées dans ce chapitre, *que la pénétration des germes pathogènes par la voie épithéliale.*

Anatomie Pathologique.

La littérature médicale est peu riche en noms d'auteurs ayant traité l'anatomie pathologique de la mastite puerpérale. Mendailles [1], qui a voulu dans sa thèse s'occuper de cette question, ne trouve guère à citer que les noms de Klob [2], de Billroth [3], de Bumm [4]. Et encore ces auteurs ne s'occupent-ils que de ces formes graves de l'infection profonde, formes qui perdront de plus en plus pour nous leur intérêt, grâce au traitement de M. Budin; car le processus pathologique sera enrayé, avant d'arriver à ces stades ultimes, où déjà le pus s'épanche dans le tissu cellulaire, ayant nécrosé les barrières qui l'en séparaient.

Ces auteurs sont d'accord pour reconnaître que la glande n'est jamais prise dans sa totalité, ce qui, étant donné la structure anatomique de la mamelle, n'est pas fait pour nous étonner, l'infection cheminant dans des canaux spéciaux à chaque lobe et indépendants les uns des autres.

L'envahissement se fait d'une façon irrégulière. Un ou plusieurs foyers distincts, correspondant à des lobes différents, peuvent s'allumer simultanément; plus souvent un débute, les autres, contaminés à leur tour, se prennent à intervalles irréguliers, formant des abcès successifs. On dirait cependant que tous les lobes ne sont pas frappés indifférem-

[1] Mendailles ; Thèse de Paris, 1896.

[2] Klob ; Pathol. anat. des weibl. Sexualorganen, Wien, 1864, p. 511.

[3] Billroth ; Medicin Jahrb., vol. xviii, et Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 25 Jahrgang, 1869.

[4] Bumm ; Sammlung klin. Vortraege, n° 282, p. 10 et 11.

ment, et que la stase laiteuse dont les inférieurs sont le siège, désigne plus spécialement ces derniers à l'envahissement microbien.

Voici ce que nous trouvons dans Mendailles : « En » résumé, nous nous trouvons en présence d'un processus » *tronculaire ascendant* d'ordre infectieux. Les lésions *pri-* » *mordiales portent sur les épithéliums sécréteurs*, plus encore » que sur le revêtement des tubes excréteurs ; les lésions, » d'abord bien localisées, ne tardent pas à s'étendre et à se » propager au tissu conjonctif. Le lobule est détruit ; un » lobule entier de l'organe peut même être frappé de » nécrose. »

Cette description nous paraît être faite un peu à la légère et ne pas répondre entièrement à ce que nous enseigne la clinique. N'y a-t-il pas d'ailleurs contradiction entre cette description d'un processus *tronculaire ascendant* qui frappe d'abord la partie la plus profonde de l'organe, puisque nous lisons une ligne plus bas : « Les lésions primordiales portent » sur les épithéliums sécréteurs. »

Nous croyons aussi à cet envahissement qui gagne à travers les canaux galactophores la profondeur de l'organe. Mais voici comment nous l'envisageons d'après l'étude attentive des faits cliniques. D'abord, les cellules épithéliales qui revêtent la lumière des sinus et des conduits galactophores seraient atteintes les premières ; la stase forcée des gouttelettes de lait dans les sinus galactophores favoriserait selon nous l'action nocive des germes, que les auteurs considèrent comme constants dans ces renflements ampullaires de l'extrémité superficielle des conduits. Du pus très superficiel se forme, mais, dès les premières succions, le nouveau-né l'aspire. L'écoulement en est facile et passe inaperçu. D'ailleurs, l'état général ne décèle absolument rien d'anormal. De proche en proche, le travail inflammatoire s'étend,

les vaisseaux galactophores se prennent jusqu'à la base. La galactophorite proprement dite est constituée. Mais si l'attention n'est pas attirée, tout ce premier stade évolue sans qu'on en ait connaissance. Puis, les germes infiltrent le lobe, gagnent les acini. A ce niveau l'étendue épithéliale se prête à leur pullulation ; un coup de fouet leur est donné ; bientôt le lobule s'engorge, et, la phlegmasie devenant plus intense, l'état général réagit. On voit naître la douleur ; la température s'élève, les lobules se tendent et s'indurent, l'attention de l'accoucheur est attirée. Voilà comment on peut s'expliquer que généralement on ne reconnaît la *galactophorite* que lorsqu'elle est devenue *galactophoro-mastite*. Nous verrons d'ailleurs, au chapitre de la Symptomatologie, comment on peut arriver, selon nous, à faire le diagnostic différentiel de la galactophorite d'avec la mastite.

Nous ne croyons pas, d'ailleurs, que la marche ascendante que nous venons d'assigner à l'inflammation soit une règle absolue, exclusive. En Pathologie générale, l'on sait que les germes septiques peuvent glisser dans les conduits de l'organisme, laissant indemnes les parois avec lesquelles ils ont été en contact, pour aller coloniser dans des régions plus lointaines. Un plaie infectée du pied donnera quelquefois de l'engorgement ganglionnaire du pli de l'aine, sans que les trajets lymphatiques, à travers lesquels le microbe aura cheminé, soient le moins du monde impressionnés. Le sang transportera à travers ses canaux des micro-organismes qui iront créer plus loin des thrombus. Enfin, pour prendre un exemple dans les épithéliums, le gonocoque, en cheminant à travers le canal de l'urèthre, ira parfois, laissant indemne la partie antérieure du canal, créer des uréthrites postérieures. Nous n'avons donc, après tous ces exemples, aucune difficulté à admettre que le même fait puisse se produire pour la glande mammaire. Dans ces cas-là, le canal excréteur du

lobule peut rester sain pour un temps (nous le croyons, d'ailleurs fort court), et la pullulation microbienne se fera d'abord au niveau des acini des lobules glandulaires. On aura donc une mastite primitive, à laquelle secondairement viendra se joindre la galactophorite.

Si à ce moment le traitement de M. Budin n'est pas institué, la barrière résistante, qui s'oppose aux progrès du processus inflammatoire, va finir par céder ; l'abcès va s'étendre aux parties voisines, envahir le tissu cellulaire environnant, par des étapes successives dont la meilleure étude anatomique a été faite par Bumm. Cet auteur a excisé des fragments de mamelle à diverses périodes de la maladie, et c'est grâce à eux qu'il est arrivé à donner une description, aujourd'hui classique, et dont nous empruntons la traduction à la thèse de Bréal [1] : « A ce moment la prolifération rapide des micro-organismes dans l'intérieur des acini, détermine une fermentation du lait, dont le sucre est transformé en acide lactique et en acide butyrique. La caséine se coagule. Les culs-de-sac glandulaires dilatés sont remplis d'un réseau de caséine coagulée, qui emprisonne les colonies bactériennes. Dans la paroi des acini se produit une vive réaction inflammatoire; les cellules épithéliales se gonflent, se desquamment et disparaissent. En même temps le tissu conjonctif interacineux est envahi par un grand nombre de globules blancs, qui pénètrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires. Les microbes pénètrent inversement dans le tissu conjonctif, le détruisent, et à la place d'un lobule glandulaire, se forme un foyer purulent miliaire. Les petits foyers voisins se réunissent les uns aux autres et tout un lobe est détruit et transformé en une cavèrne purulente ; cette caverne est irrégulière, avec des culs-de-sac partiellement séparés par

[1] Bréal (*loco citato*).

des cloisons incomplètes. Des lambeaux de tissu conjonctif, restes des cloisons interlobulaires, flottent dans le pus et donnent à la caverne l'aspect d'une éponge. Ses parois sont formées d'une épaisse membrane granuleuse, qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation. »

Cet abcès complètement formé tend à s'ouvrir à la peau ; mais le pus peut fuser : dans le tissu cellulaire sous-cutané où il peut s'étendre en nappe ; dans le tissu conjonctif rétro-mammaire, formant l'abcès postéro-mammaire de Chassaignac. Enfin, dans certains cas, l'abcès glandulaire s'étale à la fois en avant et en arrière de la mamelle, formant ainsi deux foyers séparés par toute l'épaisseur de la glande, et communiquant par un trajet long et sinueux ; c'est l'abcès en *bouton de chemise* de Velpeau.

Les abcès nés isolément peuvent rester isolés ; le sein, transformé en éponge purulente, présente de toutes parts des orifices qui laissent suinter du pus, du lait. On voit dans certains cas la mamelle tout entière s'éliminer peu à peu à travers ces ouvertures.

Lorsque l'abcès est évacué, il tend à se fermer, ses parois se recouvrent de bourgeons charnus qui rétrécissent et finissent par combler la cavité. Une légère pigmentation de la peau et une induration plus ou moins persistante du lobe atteint indiqueront seules l'existence antérieure d'un abcès.

Dans d'autres cas, les fistules peuvent demeurer interminables, épuisant la malade par une suppuration abondante et continue.

Les lésions sont parfois tellement profondes que, le tissu glandulaire ayant dans certains cas complètement disparu, l'organe ne pourra servir à l'allaitement lors d'une prochaine grossesse.

Lorsque l'abcès s'est ouvert par le mamelon, celui-ci peut rester à jamais déformé du fait de rétractions cicatricielles.

Symptomatologie et Diagnostic.

Comme toutes les phlegmasies, la galactophoromastite se présente à nous avec tout un cortège de symptômes généraux et locaux.

Les auteurs qui se sont occupés de la question, s'accordent à reconnaître que l'inflammation des canaux galactophores présente souvent un début insidieux, et qui n'a sur l'organisme qu'un très faible retentissement. C'est à peine si, dans quelques cas, la température s'élève un peu, au début du moins. Le pouls s'accélère aussi : il monte à 100, 110, 120. Mais avant d'aller plus loin dans l'exposé des phénomènes que présente la malade nous croyons bon d'établir tout de suite, au point de vue symptômes, la distinction que nous avons déjà donnée dans notre chapitre d'anatomie pathologique

S'il s'agit simplement de l'infection des vaisseaux galactophores, dans ces localisations toutes superficielles de l'inflammation qui n'a point encore gagné les lobules glandulaires, la réaction de l'organisme n'est pour ainsi dire pas sollicitée. La température s'élève de quelques dixièmes à peine, le pouls ne paraît pas ou presque peu modifié dans sa fréquence. La femme accuse peut-être un peu de céphalée légère. Du côté des seins, rien n'attire l'attention ; la peau reste blanche. Aucun lobule ne s'indure, il n'y a pas de tension marquée, et les phénomènes douloureux se réduisent

le plus souvent à un peu de lourdeur, une sensation de gêne du côté de l'organe atteint.

Si cependant on vient à se méfier d'une poussée possible de phlegmasie de la mamelle, le diagnostic sera facile, car la plus légère expression amènera à l'extrémité du mamelon une sorte de matière grisâtre, ou plus souvent jaune verdâtre, que l'on reconnaîtra adhérente au sein, ou demeurée à la surface d'un coton hydrophile, placé là pour la recueillir. C'est le pus.

Voici d'ailleurs quelle description en fait M. le Professeur Budin : « Il est plus grisâtre et d'un jaune moins éclatant » que le lait ; sa consistance est plus grande et plus homo- » gène; il pénètre moins facilement dans l'ouate, où il forme » relief; enfin il s'attarde à l'orifice du mamelon, où il » s'accumule jusqu'à ce qu'il soit entraîné par son poids, » alors que la goutte de lait coule entraînée par sa fluidité. »

Il est un autre symptôme dont on devra tenir grand compte, alors que l'attention n'a pas été attirée par ceux dont nous venons de parler.

C'est l'augmentation du poids de l'enfant, et l'apparition chez lui de troubles gastro-intestinaux. Nous avons eu, en effet, l'occasion de constater ces troubles, alors que le nouveau-né aspirait, au début de chacune de ses tétées, le pus dont on ne soupçonnait pas encore l'existence chez la mère.

Boissard indique des diagnostics rétrospectifs d'abcès du sein portés sur la seule inspection de la courbe des poids de l'enfant, tant est sensible le petit être à ces causes d'infection.

A cette période, qui peut durer trois jours, quatre, mais qui d'ordinaire dure beaucoup moins longtemps, fait suite, si le traitement n'a pas été institué, un stade plus dramatique. Un frisson apparaît, ou une suite de petits frissonnements. La malade se plaint de vives douleurs de tête. En même temps, la température monte à 38°5, 39, quelquefois plus haut.

En l'absence de phénomènes utérins, l'attention de l'accoucheur est tout de suite attirée sur une glande mammaire ou les deux, devenues le siège de douleurs parfois très violentes, sous l'empire desquelles nous avons pu voir pleurer de malheureuses femmes; assises sur leur lit, elles évitent le moindre mouvement, ramènent en avant leurs épaules pour protéger leurs glandes contre tout contact. Par cette position, qui tend moins la région mammaire, elles espèrent amender un peu l'acuité de leurs souffrances. Elles refusent d'être examinées, et suivent avec anxiété du regard la main qui va les palper pendant qu'elles-mêmes soulèvent avec précaution la masse du sein.

Le palper fait reconnaître l'induration d'un ou de plusieurs lobes mammaires. On sent sous la paroi tendue du sein des masses granuleuses dues à la surdistension des acini. La *galactophorite* vient de devenir *galactophoromastite*.

Dans le premier stade, le pus s'écoule pur aux premières et plus superficielles expressions ; son abondance est alors très minime; bientôt le lait se mêle à lui, et, dès que l'expression devient profonde, c'est du lait pur qu'elle fait sourdre.

Quand la phlegmasie a déjà envahi les parties profondes, il faut exprimer complètement la glande pour voir cesser l'écoulement du pus, dont les derniers globules ne sortent qu'avec les dernières gouttelettes de lait.

Mais il est encore un autre mode de sortie du pus, dont nous avons eu l'occasion de constater un exemple, bien que nous le croyions fort rare. C'est la sortie du lait précédant celle du pus, qu'on ne voit apparaître que tout à fait sur la fin de la traite. A première vue, il ne répugne pas de croire à la présence de lait pur dans le vaisseau galactophore d'un lobe primitivement atteint. Les succions de l'enfant auraient tôt fait toutefois d'amener la sécrétion pathologique dans la lumière du canal. Aussi est-ce dans un cas où, par suite de

la mort de l'enfant, on avait supprimé l'allaitement, qu'il nous a été donné de constater le fait.

On le voit, d'après tous les symptômes énumérés, le diagnostic de la *galactophoromastite* pourra dans la majorité des cas être facilement porté.

Au début cependant, celui de galactophorite présentera quelques difficultés vu la pénurie des symptômes. Les phénomènes généraux sont très vagues ; chez une femme récemment accouchée, on pensera d'autant plus volontiers à quelque chose d'utérin, que souvent rien n'attire l'attention du côté des seins. Mais il est un signe non équivoque, alors même que les parties profondes de la glande ne sont pas encore intéressées, c'est l'écoulement de pus par le mamelon, le signe de Chassaignac, qu'il ne faudra jamais négliger de chercher dès le début.

Evolution. — Pronostic

C'est la marche même de l'inflammation qui nous a amené à différencier, au point de vue clinique, la galactophorite de la mastite, ou plus fréquemment de la galactophoromastite.

La première peut à peine compter pour une maladie. C'est plutôt le début, le premier stade d'une affection que l'on enraye. La température est insignifiante, elle tombe à la première expression ; l'état général, s'il a réagi, redevient bon en vingt-quatre heures sous l'influence du traitement.

Mais le plus souvent, étant donné le peu d'acuité des symptômes, cette première période passe inaperçue, et, quand on intervient, c'est déjà pour une infection plus profonde, les lobules glandulaires sont pris.

Nous croyons utile d'indiquer ici que la différence entre lymphangite et galactophoromastite n'est pas aussi tranchée que ce qu'on a bien voulu le dire. Selon nous, les auteurs qui la signalent ont certainement en vue la période de début de galactophorite mentionnée plus haut. Mais, nous l'avons vu, l'inflammation peut porter d'abord sur la glande, et certaines de nos observations de mastite sont là pour témoigner des vives réactions de l'organisme contre l'infection profonde ; température très élevée, frissons, maux de tête violents, faciès grippé. Localement, tension des lobules enflammés, douleurs intolérables au niveau des seins, qui obligent la femme à se tenir accroupie, les épaules ramenées

en avant ; tous symptômes qui s'amendent en général, dès les premières expressions mammaires.

Exprimé, le sein est devenu rouge sous l'influence du massage qui, très douloureux au début, est généralement mieux supporté à la fin. Les noyaux d'induration disparaissent peu à peu, le sein redevient souple, même dans ses formes profondes la guérison est le plus souvent obtenue en trois ou quatre séances ; c'est l'affaire d'un jour ou deux.

Dans les cas rebelles, l'expression ramenant toujours quelque peu de pus, il faudra maintenir le traitement pendant cinq ou six jours. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que la guérison peut être obtenue encore que le traitement n'ait pas été appliqué dès les débuts de l'affection Nous ne partageons pas, en effet, la manière de voir de M. Delbet, qui écrit dans son article du *Traité de chirurgie*. « Une fois que » l'abcès est formé, l'évacuation qu'on peut obtenir par les » vaisseaux galactophores est insuffisante, il faut que le pus » se fasse jour directement à l'extérieur. »

Même à cette période, en effet, on peut ramener parfaitement une notable quantité de pus collecté dans l'intérieur de la glande.

On le voit, grâce au traitement de M. Budin, le pronostic de l'affection est complètement changé. Ce n'est, d'après nous, que dans des cas fort rares qu'on sera obligé d'avoir recours à la lancette, instrument qui sera de plus en plus réservé aux abcès consécutifs à la lymphangite.

Traitement.

Le traitement de la galactophoromastite doit être, avant tout, un traitement de prophylaxie, et Delbet a pu dire que « le mamelon d'une nourrice devrait être presque traité » comme une plaie sans cesse exposée à s'infecter. » Il vaut mieux, en effet, selon un vieil adage de médecine, *prévenir la maladie que la guérir*.

Ce traitement prophylactique devra commencer même avant l'accouchement, par une propreté méticuleuse. Souvent le mamelon des femmes grosses est recouvert par de petites croûtelles de colostrum desséché. Dès le commencement du neuvième mois, la future jeune mère devra se préoccuper de les faire disparaître. Elle veillera à une propreté excessive de ses bouts de sein. Pour cela, il conviendra de faire plusieurs fois par jour des lavages soignés de la région, avec des solutions chaudes d'antiseptiques faibles. On choisira l'acide borique, le naphtol, ou, suivant les conseils de M. Tarnier, on se servira d'eau alcoolisée.

Pour faire ce lavage, les femmes devront toujours veiller à la propreté de leurs mains et des linges ; s'il survenait une excoriation, elles se trouveraient bien d'appliquer constamment sur les seins un pansement antiseptique humide, fait d'un peu de ouate hydrophile trempée dans les solutions précitées, et recouverte d'un petit carré de taffetas gommé.

Devenue mère, la femme devra redoubler de précautions,

régler l'heure des tétées de l'enfant, laver le sein avant et après ces dernières. A la clinique Tarnier, des lotions savonneuses des seins sont faites immédiatement après la délivrance, puis ces derniers recouverts d'un pansement au bichlorure de mercure à $0^{gr},20$ pour mille.

Si, malgré ces précautions, une inflammation survenait, le traitement cesserait d'être prophylactique, pour devenir curatif.

Depuis M. Budin, la thérapeutique, jusqu'à lui presque désarmée, a complètement changé de phase. Elle est tout entière fondée sur ce vieux principe de médecine : *Ubi pus, ibi evacua.* Certes on évacuait aussi autrefois, mais c'était à coups de lancette, après avoir vu mûrir l'abcès dans l'inaction.

Tout autre est la voie qu'on fait suivre au pus par la méthode de l'expression mammaire. On se sert ici des voies naturelles, et c'est à travers les vaisseaux galactophores, par où ont cheminé les germes pathogènes pour s'introduire, qu'on fait sortir le pus qu'ils ont formé.

Plus hâtive sera donc l'intervention, plus sûre sera la guérison, car il faut bien savoir que, grâce à cette méthode, l'abcès peut être conjuré, et que la suppuration peut être tarie alors qu'elle est encore intra-canaliculaire ou même déjà intra-acineuse.

Chassaignac avait entrevu le premier ce mode thérapeutique auquel il devait quelques succès. Il ne croyait pas cependant beaucoup à l'efficacité de ce moyen, à en juger par ce qu'il dit lui-même, dans les commentaires de l'observation 426 de son traité : « Cette observation nous paraît » offrir quelque intérêt, en ce sens qu'elle nous fournit un » exemple de guérison d'un abcès canaliculaire, sous l'in- » fluence de pressions exercées sur la glande. Il est certain » que, dans le cas d'abcès des conduits galactophores, si ces

« conduits étaient libres ou assez dilatés pour permettre » l'expulsion méthodique de la matière purulente, cette » évacuation presque naturelle constituerait un mode de » guérison bien préférable à ceux dont nous pouvons dis- » poser. Malheureusement, ou bien la quantité de pus est » trop considérable pour être expulsée à travers les canaux » excréteurs, ou bien ces canaux, oblitérés par une circon- » stance pathologique quelconque, ne se prêtent pas aux » manœuvres que nécessite l'emploi des pressions métho- » diques, on peut donc rarement compter sur l'efficacité de » ce moyen. »

Qu'il y a loin de cette conclusion à celle à laquelle nous arriverons à la suite de M. Budin, et qui considère, avec preuves à l'appui, la pression mammaire comme devant donner toujours des succès, si elle est pratiquée à temps. Dans les onze observations qui font le sujet de notre travail, on a neuf fois pratiqué ce traitement pour des galactophorites superficielles ou profondes. Neuf fois, la guérison rapide est venue couronner de succès les interventions pratiquées. Dans deux cas seulement, les pansements antiseptiques furent pratiqués seuls, et dans ces deux cas, des abcès mammaires firent regretter l'abstention d'un traitement qui les eût sans doute évités.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les propres paroles du Maître qui a érigé l'expression en traitement rationnel de l'affection qui nous occupe : « Le pouce et » l'index sont appliqués sur « le sein à une certaine distance » du mamelon, près de la circonférence de l'auréole. On » appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les » parties profondes ; puis, tout en continuant à presser, on » rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce » dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De là, » sortent les substances contenues dans la partie ampullaire

» des canaux galactophores, sont refoulées par la pression » vers la partie rétrécie de ces mêmes canaux, partie rétrécie » qui chemine dans l'épaisseur du mamelon et aboutit à » l'extérieur; on réussit ainsi à les amener au dehors. » S'il n'y a qu'une petite quantité de pus, on la voit sortir » sous la forme de filaments grisâtres, jaunâtres, qui » s'échappent par l'extrémité du canal galactophore; il » forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu « du liquide qui, séreux, s'écoule par les conduits voisins; » une fois l'orifice du canal désobstrué, pour ainsi dire, la » matière purulente est exprimée un peu plus facilement. »

Une des conditions sur laquelle nous croyons utile d'insister, est de pratiquer de bonne heure cette expression. Hâtive, nos observations nous le montreront, elle permettra souvent d'enrayer le travail inflammatoire ascendant qui, de proche en proche, gagne les acini des lobules. Une expression suffira souvent pour amener à la guérison; mais tant qu'il y a du pus dans les vaisseaux ou dans la glande, il est indispensable de répéter l'opération. Pour se mettre le plus complètement à l'abri des poussées nouvelles ou des rechutes, nous croyons même utile de maintenir ce traitement, alors qu'il ne décèle plus la présence du pus.

Dans les cas graves, quand il s'agit bien d'une infection profonde de l'appareil glandulaire, on n'hésitera pas à pratiquer les pressions plusieurs fois dans la même journée (toutes les trois heures, jour et nuit, comme dans notre Observation I).

Inutile de dire qu'on ne donnera pas à l'enfant le sein malade : les travaux de Damourette et de Boissard ont suffisamment montré quels dangers l'ingestion du pus pouvait avoir pour lui. Les observations suivantes vont d'ailleurs nous en fournir un exemple très net.

Première observation[1]

LYMPHANGITE ET GALACTOPHOROMASTITE DES DEUX SEINS.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Puech. Due à l'obligeance de M. le Dr Reynès, chef de Clinique).

Stéphanie M., âgée de 18 ans, domestique, entre à la Clinique le 29 juillet 1900. C'est une primipare, qui ne présente aucune particularité intéressante à relever dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Bonne grossesse. L'accouchement a lieu spontanément le 3 décembre dans l'après-midi. Quelques difficultés seulement pour le passage de la tête, qui met longtemps à se dégager.

Enfant vivant et bien portant, du poids de 2900grammes, 37°1 de température au soir de l'accouchement ; puis, pendant cinq jours, la température oscille entre 36°4 et 36°9.

Le 7 décembre, 38°. La malade accuse des maux de tête, un état de malaise général ; l'appétit a disparu. Aucun symptôme douloureux du côté des seins. On pense à la possibilité d'une légère infection utérine, et une injection (intra-utérine) est pratiquée.

Le 8, malgré le traitement de la veille, la température est encore à 37°6 le matin. Le soir, 39°2. L'état général a empiré. Mais on découvre au niveau des seins de petites traînées rougeâtres de lymphangite, qui paraissent avoir pris naissance au niveau de petites gerçures du mamelon, symétriques aux deux seins. Ces derniers sont tendus et très douloureux. On applique des compresses chaudes de sublimé, qui doivent être renouvelées toutes les deux heures.

[1] Pour ces observations, on est prié de se rapporter aux courbes groupées à la fin de cet ouvrage.

Le 9, température du matin, 38° ; le soir 39°3. A ce moment, le docteur Reynès n'a pas de peine à diagnostiquer une galactophoromastite ; il pratique lui-même une première expression mammaire aux deux seins. Le pus, jaune verdâtre, s'écoule en abondance ; on sent à la partie inférieure des mamelles des lobules indurés.

Le 10 au matin, 37°,5, le soir 39° 2.

Les expressions mammaires, continuées trois fois par jour, ramènent une quantité notable de pus.

Le 11, 37° le matin, 37°,5 le soir. Amélioration accentuée de l'état général et local. On supprime l'expression mammaire du soir.

Dans la nuit du 12, frisson ; les douleurs deviennent presque intolérables, surtout au niveau du sein droit. Température du matin 39°,6. Les seins sont volumineux, tendus ; on y voit des traînées rouges de lymphangite ; les ganglions axillaires sont restés indemnes. Une élève sage-femme reçoit la mission de pratiquer l'expression mammaire toutes les trois heures ; le soir 38°,4.

Le 13, température du matin 36°,6.

La rougeur est tombée, on ne ramène plus que du lait pur ; l'expression est suspendue.

Le 14, après dix-huit heures de non-expression, température du matin 39° ; c'est le sein gauche cette fois qui donne une poussée plus active. Le traitement est repris ; on vide des lobules engorgés, infectés. Le soir 38°,4.

Pendant la journée du 15, malgré l'absence de pus, on ne varie pas la thérapeutique ; les seins sont bandés trois jours durant ; plus de fièvre.

Au 17e jour, 38°,1 ; les seins ne sont pas rouges, ne présentent pas de tension, pas de lobules indurés. L'expression mammaire, pratiquée par le Dr Reynès, ramène cependant quelques gouttes de pus, qui paraît très superficiel puisqu'il sort aux premières pressions, bientôt suivies par du lait pur.

La femme sort le 23, complètement guérie. Inutile de dire que dès le 7, jour où le diagnostic avait été porté, l'enfant avait été retiré du sein ; trois jours après, il partait en nourrice.

Cette observation est instructive à plusieurs titres Nous avons, au début, cette association, souvent remarquée de lymphangite et galactophoromastite. Peut-être le diagnostic de cette dernière aurait-il pu être porté plus tôt, avant que les lobules aient été intéressés. L'on y voit, en outre, les merveilleux résultats donnés par le traitement de Budin, mais aussi l'utilité de maintenir la thérapeutique alors que les phénomènes pathologiques paraissent amendés, sous peine de voir se produire les récidives que l'on note dans cette observation. Le petit crochet thermique du 17e jour nous paraît bien justifier notre distinction entre la mastite et l'inflammation des canaux excréteurs, qui seuls contenaient du pus, puisque les premières pressions l'ont fait sourdre, et que bientôt après on ne ramenait que du lait pur. D'ailleurs, à cette époque, on ne trouvait plus aucun lobe induré.

Observation II.

GALACTOPHOROMASTITE DES DEUX SEINS.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Clarisse L., âgée de 26 ans, ménagère, entre dans le service le 1er mars 1901. Réglée à 13 ans, assez irrégulièrement, la femme perd 2 jours par mois. C'est une multipare qui a eu cinq grossesses antérieures, dont trois se sont terminées par des avortements. A son deuxième accouchement, cette femme a eu deux abcès au sein gauche, abcès qu'il a

fallu ouvrir par des incisions profondes dont les cicatrices sont encore visibles.

Elle n'a plus vu ses règles depuis la fin juin. Rien à noter dans cette grossesse, si ce n'est de très abondantes pertes blanches.

Accouchement normal le 26 mars à minuit. Cette femme présente dès le second jour de ses couches une ascension thermique due à une infection utérine, qui ne doit se terminer complètement, comme le montre la courbe de température, que dix jours plus tard.

Le lait a disparu et l'enfant est nourri au biberon.

Le 30 mars au soir, frisson, 39°8. Rien du côté utérin ; les seins sont blancs ; pas de gerçures, ni de crevasses ; pas de ganglions axillaires, mais le sein droit, très douloureux, présente des bosselures résistantes, qui correspondent à une série de lobes glandulaires enflammés et distendus par une grande quantité de pus.

Le traitement de M. Budin est institué.

Il faut arriver à vider complètement le sein pour faire sortir tout le pus, qui occupe les parties profondes.

Le 31, pas d'élévation thermique.

Mais au soir du 1er avril, le sein gauche à son tour se prend ; de son côté aussi, pas de traînées de lymphangite, pas de gerçures du mamelon, pas de ganglions axillaires, 39°7 cependant, et deux noyaux indurés à la base de l'organe.

Expression mammaire trois fois par jour.

Le 2 avril, il sort encore du pus ; mais le sein est moins douloureux, 37°7 le matin, 37°9 le soir.

On maintient encore le traitement le 3 avril, bien qu'il ne ramène que du lait, 37°4 le matin, 36°6 le soir.

La femme sort le 5, complètement guérie.

On est en droit, dans cette observation, de s'étonner de la brusque ascension thermique qui a marqué l'inflammation du sein droit.

Ces débuts dramatiques appartiennent plutôt à la symptomatologie de la lymphangite mammaire. Mais, on l'a vu, plusieurs lobes profonds de la glande étaient atteints; et ce nous est une raison de dire que le début insidieux accompagne plutôt la galactophorite que la mastite. L'agent microbien avait, selon nous, cheminé vers les parties profondes pour y développer brusquement son action nocive, sans trahir sa présence par des lésions intéressant les canaux du lait, lésions qui, bien que légèrement auraient retenti sans doute sur l'état général.

Notons en passant cette contamination du sein gauche, dont la source étiologique est évidente.

Observation III.

GALACTOPHORITE DU SEIN DROIT.

(Observation recueillie dans le service de M le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Léontine L..., 24 ans, domestique, entre à la clinique le 11 février 1901. C'est une primipare, réglée depuis l'âge de 13 ans, régulièrement. Elle a vu pour la dernière fois ses règles à la fin de mai. Bonne grossesse, elle accouche spontanément, le 24 mars, d'un garçon bien constitué pesant 3 kil. 015. Les suites de couches sont absolument normales jusqu'au neuvième jour.

A ce moment, la température s'élève à 38°,3. On n'observe rien du côté de l'appareil génital. Mais, au sein droit, on trouve une petite gerçure d'où partent de toutes petites traînées rouges de lymphangite superficielle; pas de ganglions

axillaires. La pression de l'aréole, pratiquée par le Dr Reynès, fait sourdre quelques gouttes de pus, peu abondant et très superficiel. La palpation de l'organe, faite avec méthode, ne permet pas de reconnaître l'induration pathologique d'aucun lobe glandulaire. L'expression mammaire est instituée trois fois par jour ; des soins prophylactiques sont pris pour empêcher le sein gauche de s'infecter à son tour.

L'enfant, qui jusque-là augmentait de cinquante grammes tous les deux jours, ne tète plus que le sein gauche. Il en résulte pour lui, à la pesée suivante, une diminution de dix grammes.

Dès le lendemain, le pus avait disparu, la température était à 37°,4, matin et soir.

Le 3 avril, 37°,2 le matin, 37° le soir. La femme sort guérie le 13 avril.

Voilà bien, à notre avis, le type de la Galactophorite pure ; le retentissement sur l'état général est presque nul ; la douleur insignifiante ; le pus très superficiel ; les lobules mammaires souples. La seconde expression ne ramène déjà plus rien, et si, suivant les conseils de M. le professeur Budin, on maintient encore un jour le traitement, c'est par simple mesure de prudence ; la femme est guérie en vingt-quatre heures.

Observation IV.

MASTITE DU SEIN DROIT ET GALACTOPHOROMASTITE DU SEIN GAUCHE.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur-agrégé PULCH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Marie F., âgée de 20 ans, domestique, entre à la clinique le 17 avril 1901. C'est une primipare réglée à 13 ans, régulièrement 4 ou 5 jours tous les mois. En août 1900,

débute une grossesse qui se termine par un accouchement normal d'un enfant vivant et bien portant le 17 avril. Suites de couches apyrétiques.

Au septième jour, l'enfant est atteint de broncho-pneumonie et meurt. On bande les seins pour faire cesser la lactation, assez abondante à ce moment.

Deux jours après la mort de l'enfant, la mère se plaint de douleurs vives au niveau des seins.

Le 26 avril, température 38°,9. A l'inspection, on ne trouve ni gerçures, ni crevasses, ni rougeur lymphangitique; pas non plus d'empâtement des ganglions de l'aisselle. Les glandes paraissent tuméfiées par places ; on sent des noyaux indurés, deux surtout au sein droit.

A son grand étonnement, le Dr Reynès, qui pratique l'expression mammaire, ne voit sourdre d'abord à l'extrémité des vaisseaux galactophores du sein droit, que du lait pur, rapidement absorbé par le coton hygroscopique. Quand les pressions deviennent plus profondes, le pus apparaît enfin, mélangé d'abord au lait, puis seul, d'aspect grisâtre, épais, comme grumeleux.

Du côté gauche, le pus apparaît plus tôt, il est jaune verdâtre.

Le traitement est très difficilement supporté, provoquant une douleur intolérable, au point que l'on hésite un moment à donner un peu de chloroforme, comme le conseille M. Budin dans ces cas là. Le résultat de cette expression est rapide.

Le lendemain 27, température, 37°5 le matin ; le soir, 36°6. On fait encore une expression le 28, et la femme sort le 3 mai, complètement guérie.

Il semble que, dans ce cas particulier, la stase laiteuse ait permis l'accès plus facile des germes pathogènes, qui seraient allés porter leurs ravages dans les parties profondes

de la glande. Nous nous trouverions en présence du cas le plus rare, où les acini du lobule sont primitivement emflammés, où il y a mastite sans galactophorite.

Le début est plus brusque, la température plus élevée, l'état général réagit, la douleur est beaucoup plus intense. Il y a surtout ce fait que l'expression superficielle ne donne rien, et que c'est sur la fin de la traite seulement que l'on voit apparaître le pus.

Observation V.

GALACTOPHOROMASTITE DU SEIN DROIT.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. (Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Marie-Thérèse T., âgée de 17 ans, sans profession, entrée à la clinique le 1er avril. C'est une primipare enceinte depuis le mois de juillet 1900. Elle accouche le 27 avril, spontanément, d'un enfant vivant et bien constitué, qui pèse 2350 gr.

Les suites de couches sont bonnes ; la température se maintient dans les 36°8, jusqu'au neuvième jour, où elle monte à 37°4 ; la femme d'ailleurs ne se plaint de rien.

Du neuvième au onzième jour, l'enfant, qui augmentait rapidement, est pris de coliques et a quelques selles vertes.

La pesée du 7 mai dénote une diminution de 30 gr. à la suite de cette indisposition.

A la même date, la mère présente une élévation thermique, 39°1 ; elle a des maux de tête, de très vives douleurs au niveau du sein droit, où l'on ne trouve ni gerçures, ni crevasses, ni rougeur lymphangitique : pas d'engorgement des ganglions axillaires. Mais, sur le bord interne de la glande du côté du sternum, on note une voussure de la peau, qui déforme le sein, et qui est produite par l'induration de deux

lobes juxtaposés. En exprimant la glande, on fait sourdre une assez notable quantité de pus jaune verdâtre, qui apparaît dès le début de l'expression mélangé au lait et l'accompagne jusqu'au moment où la glande paraît complètement tarie. Expressions trois fois par jour et compresses de sublimé.

Dans la journée du 8, l'état général est devenu bon ; la température est de 37°2 le matin ; 37°5 le soir.

Le 13, tout est rentré dans l'ordre. L'enfant, que l'on avait privé du sein droit pendant les deux jours, ne paraît pas en avoir souffert. Il a augmenté de 75 gr. à la pesée suivante. Ses coliques et les selles vertes n'ont été que passagères. La femme sort bien portante le 14 mai.

Le fait le plus intéressant à retenir dans cette observation nous paraît être les petits troubles intestinaux survenus chez l'enfant du 9e au 11e jour après l'accouchement, troubles à la suite desquels, au lieu d'augmenter de poids, il diminuait de 30 grammes. Si nous comparons en effet cette indisposition de l'enfant avec la courbe maternelle, nous la verrons correspondre à une légère élévation thermique de sept dixièmes sur les jours précédents, et qui va se maintenir pendant la journée du 6, comme un signe avant-coureur de la galactophoro-mastite du 7.

N'avions-nous pas affaire pendant ces deux jours à de la galactophorite pure dont l'enfant tétait le pus ? Nous n'hésitons pas pour notre part à attribuer cette étiologie à l'indisposition de l'enfant. Elle est d'ailleurs fréquente dans ces cas-là, ainsi que l'ont montré Damourette [1] et Boissard. Ce n'est que par progression du processus inflammatoire, suivant l'évolution habituelle, que les acini glandulaires se

[1] Damourette ; Thèse de Paris, 1893.

seraient pris. La mastite venant se joindre à la galactophorite primitive, la réaction de l'organisme et l'ascension thermique en ont été la conséquence et, attirant l'attention, ont fait porter le diagnostic.

Observation VI.

LYMPHANGITE ET GALACTOPHOROMASTITE DU SEIN DROIT.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Marie C..., âgée de 23 ans, domestique, entre à la clinique le 7 mars 1901. Elle a eu un premier accouchement qui s'est bien passé et dont les suites ont été normales. Le 15 juillet 1900, commence une nouvelle grossesse qui évolue sans complication. Le 27 avril, elle accouche spontanément d'un enfant vivant et bien portant, qui pèse 3230 grammes.

Un petit crochet au cinquième jour des suites de couches ; la femme a des maux de tête, un frisson ; le tout est dû à une lymphangite légère du sein droit dont on aperçoit les trajets rouges, et qui a pris naissance au niveau d'une gerçure de la base du mamelon.

On fait des applications de compresses chaudes au sublimé fréquemment renouvelées.

Le lendemain, tout s'est amendé.

Le 6 mai, 37°5 le soir ; nouveaux malaises, dans la nuit. Quelques petits frissons.

Le 7, 38°9 le matin ; dans l'après-midi, grand frisson avec 39°7.

Le 8, 38°3 le matin ; la lymphangite a reparu. Compresses chaudes de sublimé.

Mais, à sa visite, M. Puech, Chef de Service, fait une expression mammaire exploratrice, grâce à laquelle il ramène

une notable quantité de pus. Le sein est volumineux, tendu, rouge, douloureux.

M. Puech institue le traitement de M. Budin, renouvelé trois fois par jour.

Sous l'influence de la thérapeutique, le thermomètre est tombé le soir à 37°5, et le 9, au matin, elle est de 36°5. On maintient deux jours l'expression pour prévenir tout retour offensif.

L'enfant, bien que n'ayant tété qu'un sein, le gauche, du onzième au quatorzième jour, moment de la poussée, ne paraît pas avoir été impressionné d'une façon notable.

Du douzième au quatorzième jour cependant, il n'a augmenté que de vingt-cinq grammes, alors que, comme on peut s'en convaincre par la série des poids, son augmentation habituelle était beaucoup plus considérable.

Un jour de traitement avait suffi pour la guérison complète. La femme s'en va le 16 mai, sans avoir depuis atteint un 37°.

Voilà encore un exemple de l'association de la lymphangite et de la galactophorite. Ici comme dans l'observation I, on attribue la marche bruyante des symptômes généraux et locaux à la seule lymphangite, qu'on traite comme autrefois la galactophorite, avec de simples compresses chaudes de sublimé.

Il y avait bien certainement du pus le 7 au soir, dans l'appareil glandulaire; mais la lymphangite était chargée d'expliquer, à elle seule, les divers troubles généraux et locaux dont se plaignait la malade. L'expression exploratrice de M. Puech, qui fit sourdre une très abondante quantité de pus tant superficiel que profond, vient là bien à point pour nous montrer l'importance de ce mode de diagnostic. C'est en vain, en effet, que, sans lui, on aurait continué les

applications antiseptiques; on serait allé pour sûr vers l'abcès du sein. Quelques expressions mammaires, et, en un jour, tout rentre dans l'ordre.

Point de nouvelle poussée à signaler, malgré la gravité de l'atteinte dans ce cas-là, et cela, tant à cause des soins minutieux de prophylaxie pour l'autre sein que du maintien du traitement de Budin par mesure de précaution, pendant deux jours encore après la chute complète de la température et la disparition du pus.

Observation VII.

GALACTOPHORITE ET GALACTOPHOROMASTITE DU SEIN DROIT.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Louise B..., âgée de 24 ans, journalière, entre le 29 avril 1901, à la clinique, pour y accoucher. Elle est enceinte du mois d'août. La grossesse, dans laquelle on ne trouve rien à signaler, se termine spontanément le 10 mai, par la naissance d'un enfant vivant et bien portant, pesant 2,720 gr. Suites de couches parfaites. La mère est une excellente nourrice, son enfant augmente en moyenne de 30 gram. par jour.

Au 13me jour, le 22 mai, la femme se plaint de douleurs vagues au sein droit; quelques maux de tête; la température, qui était le matin de 37°3, atteint 37°8 le soir.

On commence les expressions mammaires. Tout au début de celles-ci, le pus apparaît au mamelon; il est peu abondant et fait place au lait dès les premiers mouvements de traite. On n'observe sur le sein ni gerçures, ni crevasses, ni traînée de lymphangite, à plus forte raison pas de ganglions

axillaires ; mais même pas d'engorgement, ni de saillie des lobes profonds de la glande.

Le 23, encore 37°4 le soir.

Le 24, l'élève sage-femme, qui n'a plus vu s'écouler de pus depuis deux jours, cesse le traitement.

Dans la nuit du 26 au 27, la femme est réveillée par un brusque frisson, par des douleurs intolérables au sein droit, qui est tendu, bosselé. La femme a le faciès grippé ; elle est assise et courbée sur son lit, pleurant sous l'empire de la souffrance. Le thermomètre accuse 40°3.

Au matin, M. le professeur agrégé Puech institue le traitement par l'expression mammaire, après l'avoir commencé lui-même, pour établir le diagnostic de galactophoromastite, en faisant sourdre une très grosse quantité de pus.

Quatre jours durant, on poursuit le traitement, aidé des applications de compresses chaudes au sublimé.

La température tombe graduellement dans deux jours, pour se maintenir au-dessous de 37° à partir du 30 mai.

Du 22 au 24 mai, puis du 27 au 30, on avait supprimé à l'enfant le sein malade. Malgré ce fait, il n'a pas cessé d'augmenter d'une façon très appréciable. En 27 jours en effet, il a gagné 1,050 gram. sur le poids de sa naissance.

Encore un point intéressant dans cette observation : galactophorite légère le treizième jour ; le traitement est trop tôt cessé, sans doute, puisqu'au dix-huitième la phlegmasie a atteint les couches profondes de l'organe.

Au point de vue clinique, quelle différence entre la gravité de l'état général, dû à la mastite profonde, et cette petite réaction presque insignifiante, due à la galactophorite du treizième jour. Au début, ce sont des 37°5, 37°8, quelques céphalées, un peu de lourdeur du sein ; cinq jours plus tard, ce seront des frissons, d'atroces douleurs, des 40°3 ; en

somme, encore une fois le tableau clinique qu'on s'accorde à ne reconnaître en général qu'à la lymphangite, bien que dans notre cas, elle ait fait complètement défaut.

Observation VIII.

LYMPHANGITE ET GALACTOPHORITE DU SEIN DROIT.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Rosalie M..., âgée de 22 ans, primipare, entre le 7 mars 1901 à la Clinique, enceinte du 4 juin. Grossesse normale, mais écoulements leucorrhéiques verdâtres très abondants. Elle se termine spontanément le 11 mars au matin par la naissance d'un gros enfant bien portant, qui pèse 3,580.

Suite de couches normales.

Le 9e jour, la température du matin s'élève à 37°1.

Dans la journée, quelques maux de tête, de l'inappétence; sur le soir, léger frisson; le thermomètre accuse 38°5.

Le Dr Reynès constate la présence d'une gerçure au sein droit, d'où s'irradient quelques traînées rouges de lymphangite, se dirigeant en bas et en dehors. Il pratique l'expression mammaire, et recueille sur le coton une espèce de matière grumeleuse, grisâtre, d'ailleurs peu abondante. Dès que les pressions deviennent profondes, le lait sort pur. On ne constate l'induration d'aucun lobe.

Le traitement est continué le lendemain, malgré la chute de la température; à peine voit-on paraître un peu de pus jaune au commencement de l'opération.

La femme est très bien et très vite guérie, mais, à partir de ce jour (9e), l'état général de l'enfant laisse à désirer. Ses selles contiennent d'abord de petits filaments blancs, puis prennent une coloration verdâtre. Malgré un traitement

approprié, il perd en poids à chaque pesée, comme on peut le voir au bas de la courbe ; il part en nourrice le 17e jour.

Ici l'intérêt est moindre ; il réside tout entier dans les phénomènes pathologiques présentés par l'enfant, et qui, à n'en pas douter, ont pris naissance au cours des accidents présentés par la mère.

Jusqu'au 9e jour, en effet, il augmente de poids ; à partir de cette date, celle de la galactophorite, on note une diminution constante à chaque pesée. Ces troubles gastro-intestinaux sont rattachés par nous aux tétées de pus du 9e jour.

Observation IX.

GALACTOPHORITE BILATÉRALE.

(Obs. recueillie dans le service de M le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. le Dr REYNÈS).

Emilie G..., 22 ans, primipare, entre à la Clinique le 25 avril 1901. Elle n'a plus vu ses règles depuis le 12 août. Elle accouche spontanément le 16 mai, à une heure du matin, d'un bel enfant qui pèse 3590 grammes.

Les suites de couches sont normales.

Au septième jour, la femme, sans présenter ni phénomènes généraux, ni élévation thermique, éprouve une sensation de lourdeur et de chaleur au niveau des deux seins ; on y constate des gerçures d'où partent de petites traînées roses de lymphangite.

On relève les seins sous des pansements humides antiseptiques.

Le lendemain 24 mai, M. Puech, Chef de Service, exprime l'extrémité de la glande, d'où jaillit un peu de pus superficiel ; l'enfant est retiré du sein.

Le 26, température 37°6 ; encore du pus dans les galactophores du sein gauche. On reprend l'expression mammaire de ce côté ; le sein droit est guéri.

Le 29, après une dernière oscillation, 37°5, de la veille, température tombe à 36°2.

Du 9e au 11e jour, l'enfant avait perdu 40 gr. ; il se relève ensuite.

La femme sort guérie, le 15e jour.

Voilà bien l'allure tranquille et peu bruyante de la galactophorite pure.

Bien que bilatérales, les lésions ont évolué sans fracas, et, grâce au diagnostic précoce posé par M. Puech, elles ont été enrayées par la méthode de M. Budin.

Observation X.

LYMPHANGITE SUPERFICIELLE ET GALACTOPHORITE PROFONDE ; COMPRESSES ANTISEPTIQUES CHAUDES ; ABCÈS EN BOUTON DE CHEMISE ; INCISION.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur agrégé PUECH. Due à l'obligeance de M. ORSSAUD, interne du service).

Maria V..., primipare, 19 ans, accouche spontanément, le 16 février, d'un enfant à terme pesant 3,850 gram. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels, qu'une fluxion de poitrine (?) en bas-âge, et une forte anémie qui retarde, jusqu'à l'âge de 16 ans, l'instauration menstruelle, et amène de la dysménorrhée avec périodes d'aménorrhée, durant 2 et 3 mois.

La grossesse ne présente rien de particulier. Notons le volume des seins assez considérable, dû surtout au développement de la glande, les mamelons peu saillants, le bout gauche est presque ombiliqué.

L'accouchement est normal ; la montée de lait se fait au troisième jour, tellement abondante que l'accouchée allaite deux enfants, le sien et celui d'une voisine.

Les suites de couches sont bonnes; mais au dixième jour, atteinte de grippe, sans localisation aucune ; température s'élevant à 39°, et état général qui disparaît rapidement en 5 jours.

Tout rentre dans l'ordre, l'involution utérine, la sécrétion lactée, se font régulièrement ; quelques gerçures, toutes au sein droit, qu'on touche au nitrate d'argent. Cependant, le nourrisson augmente régulièrement de poids, quand, le 12 mars, 25 jours après l'accouchement, la malade se plaint du sein droit, et présente, le matin, une température de 39°,4. Le sein est tendu, gros, douloureux spontanément et à la pression, qui révèle des nodosités dans son épaisseur, et il présente à sa surface de larges veinosités et des traînées rougeâtres.

Dans l'aisselle droite, un engorgement ganglionnaire douloureux à la pression.

Diagnostic : *Lymphangite mammaire droite avec adénite et galactophorite.* Application de compresses boriquées chaudes, qu'on renouvelle chaque deux heures. Le lendemain, amélioration légère. La température est tombée de 39°4 à 37°8,pour remonter ensuite régulièrement et atteindre le surlendemain, 15 mars, 40°.

Le sein est très douloureux ; à l'inspection, il est toujours tendu, sillonné de traînées rougeâtres ; la palpation permet de reconnaître, au milieu des parties profondes indurées, une région fluctuante. Un coup de bistouri profond et étendu est donné, mais il ne donne issue qu'à un peu de sérosité louche, rougeâtre, roulant des grumeaux. Grand lavage au phénosalyl à 5 °/₀₀. La température tombe à 37°9 et remonte le soir à 39° ; le lendemain matin, 38°3. On agrandit alors

l'ouverture avec la sonde cannelée : il se fait une large évacuation de pus grisâtre, fétide, bien lié, roulant de petits lobules glandulaires sphacélés.

Mais, malgré cette évacuation, qui remplit de pus le pansement au phénosalyl renouvelé deux fois par jour, des phénomènes d'infection se produisent, marqués par la pâleur de la face, la petitesse du pouls, des syncopes fréquentes, de la diarrhée et de l'insomnie avec subdélire.

Ce mauvais état général atteint son maximum le 17 mars au soir, le lendemain de l'incision ; la température s'élève alors à 40°6. On refait le pansement tout inondé de pus. Nouveau lavage. La nuit, l'état s'améliore ; le lendemain, la température tombe à 37°8, pour descendre progressivement à 37°, qu'elle atteint le surlendemain et où elle se maintient d'une manière définitive.

Ce tableau clinique (invasion brusque d'un sein à bout mal formé, tailladé de gerçures, traînées rougeâtres superficielles, tension douloureuse de la mamelle entière, noyaux indurés profonds, puis fluctuants, adénite axillaire, longue durée) nous paraît réunir les traits principaux de la lymphangite et de la galactophorite.

Les applications de compresses antiseptiques diminuent bien la lymphangite superficielle, mais n'atteignent ni la lymphangite profonde, ni la galactophorite, qui vont former un abcès mammaire très profond.

De par l'évolution, nous croyons que l'infection a atteint le tissu cellulaire superficiel, mais a présenté surtout des foyers intra-glandulaires au niveau des lobes les plus profonds pour former le classique abcès en bouton de chemise.

Observation XI.

Lymphangite et galactophorite. abcès du sein. Incision. Guérison.

(Obs. recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Puech et communiquée par M. Orssaud, interne du service).

Célestine L..., primipare, accouche normalement le 22 février 1901, à la Maternité.

Suites de couches bonnes. Montée de lait abondante. L'enfant n'arrive jamais à dégorger complètement les seins, qui même après la tétée restent durs. Des gerçures s'y produisent dès les premiers jours. Pansement de *Brindeau* : lavage du mamelon à la cocaïne à 2/100 ; puis à l'éther. Badigeonnage à la teinture d'iode. Pulvérisation de bicarbonate de soude.

Malgré ces soins, 22 jours après l'accouchement, mastite au sein gauche, la température monte à 39°6 ; le sein est tendu, luisant, rouge par traînées ; à la palpation : sein dur, nodosités profondes. Adénite axillaire.

Diagnostic : lymphangite superficielle et galactophorite profonde. Compresses chaudes aseptiques, dont l'application est suivie d'une rémission complète (36°9). Mais 24 heures après, nouvelle poussée inflammatoire et température pendant un jour et demi, dépassant 39°.

Les douleurs sont vives, entraînent l'insommie. Léger état gastrique. Localement, turgescence du sein, traînées superficielles de lymphangite, nodosités dans l'épaisseur de la glande. On fait sur le côté gauche du sein une incision profonde au bistouri. Du pus s'écoule immédiatement, assez abondant, bien lié, jaune verdâtre. Contre ouverture à l'autre extrémité du diamètre horizontal, grand lavage au phénosalyl à 5 °/₀₀. Drainage.

Immédiatement, disparition des symptômes morbides. Le soir, la température descend à 37°, pansements biquotidiens d'abord, puis moins fréquents; 4 jours après, nouvelle ascension thermique due à la résorption du pus retenu au niveau de la plaie; des pansements réguliers ramènent l'état normal, qui se maintient définitivement.

Voilà donc deux cas dans lesquels la méthode thérapeutique de M. Budin n'a pas été employée. Dans les deux cas, on voit se produire des abcès du sein, qui ont nécessité des ouvertures et contre-ouvertures. Dans les neuf observations précédentes, neuf fois le danger a été écarté, grâce à l'expression mammaire. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour que nous nous gardions d'ajouter quelque chose.

CONCLUSIONS

L'Inflammation de l'appareil glandulaire du sein peut revêtir deux formes cliniques, généralement différenciables, et qui ne sont, en réalité, que deux stades successifs dans l'évolution d'un même processus pathologique.

Elles répondent à des lésions de deux ordres :

1° Lésions superficielles, ne portant que sur les tubes excréteurs et leurs sinus, qui évoluent insidieusement. C'est la galactophorite proprement dite.

2° Lésions profondes, qui atteignent les lobes sécréteurs avec leurs acini, et dont le retentissement sur l'état général et local rappelle le début bruyant de la lymphangite. C'est la mastite ou galactophoromastite.

A ces deux formes convient également le traitement par l'expression mammaire, qui, employé à temps, ne doit réserver que des succès.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 Juin 1901.
Pour le Recteur, le Vice-Président du Conseil de l'Université délégué,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 Juin 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abrel. — Contribution à l'étude de la galactophorite. *Thèse doct.*, 1890.

Boissard. — De la galactophorite. Semaine médicale, 11 oct. 1893.

Bréal. — *Thèse de Paris*, 1900.

Brindeau. — De la galactophorite. *Union médicale*, 1896, n° 9.

Budin. — De la galactophoromastite. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1889.

— Pathogénie de certains abcès du sein. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1889.

Bumm. — Zur OEtiologie der puerperalen Mastitis. *Archiv. f. gynæk.* Band XXIV. Heft II, 1885.

Cataliotti. — De la galactophorite. *Thèse de doctorat*, Paris, 1889.

Chassaignac. — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. *Gazette médicale de Paris*, 1855.

— Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, Paris, tom. II, pag. 259.

Cohn. — Zur OEtiologie der puerperalen mastitis für Geburtshülfe und gynœk. Band XI, Heft II, 1886.

Delbet. — Article mastite du traité de chirurgie.

Damourette. — Affections du nourrisson déterminées par la galactophorite de la nourrice. *Thèse de Paris*, 1893.

Duplay. — Des abcès du sein. *Progrès médical*, 1895, pag. 659.

Escherich. — Bacteriologische. Untersuchungen über Frauenmilch *Fortschritte der Medicin*, 1885, n° 8.

Genoud — *Thèse de Lyon*, 1894.

Guerra. — *Thèse de Genève*, 1894.

Labbé et Coyne. — Traité des tumeurs bénignes du sein.

Legry. — Ophtalmie et abcès du sein. *Progrès médical*, 1887, p. 153.

Mendailles. — Des mastites puerpérales et de leur traitement. *Thèse de Paris*, 1896.

Merrit (Emma). — Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. Tnèse, 1886.

Neufeld (Mlle B.). — *Thèse de Paris*, 1901.

Nocard et Mollereau.— Sur une mammite contagieuse des vaches laitières *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887, tom. I. pag. 109.

Nunn. — Transact. of the obstetr. Society. London, 1862.

Petit (J.-L.). — Œuvres complètes Edition de 1837, pag. 391.

Piante. — Etude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. *Thèse de Lyon*, 1885.

Spiegelberg. — Lehrbuch der Geburtshülfe, 1882.

Tripier. — Dict. Encyclop. des Sciences médicales, 2e série, t. IV.

Velpeau. — Des abcès du sein (*Bull. gén. thérapeut., etc.*, Paris, 1851. XL, pag. 399 ; 1852, XLII, pag. 224).

— Traité des maladies du sein, Paris, 1858.

Winkel. — Die Pathol. und Therap. des Wochenbettes. Berlin, 1869.

SERMENT

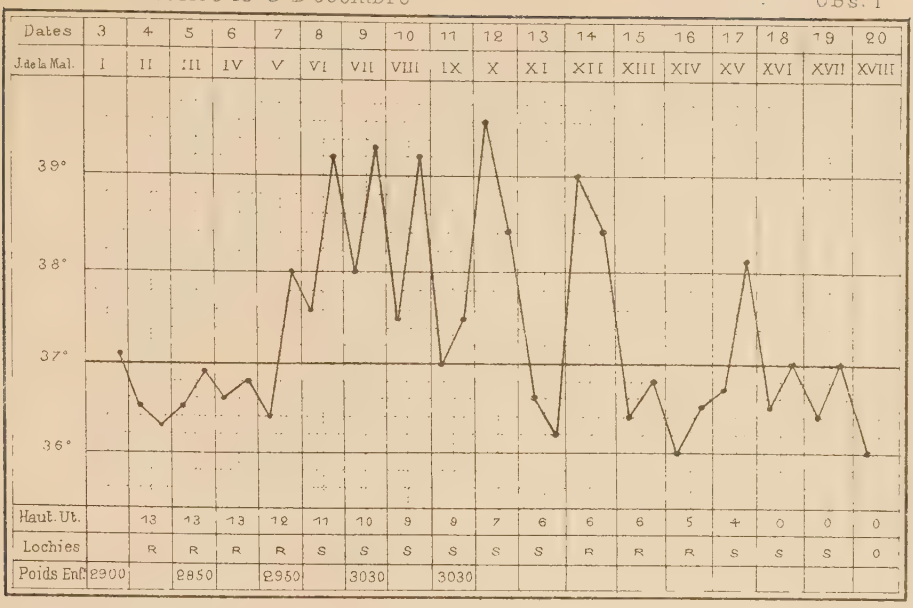
En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

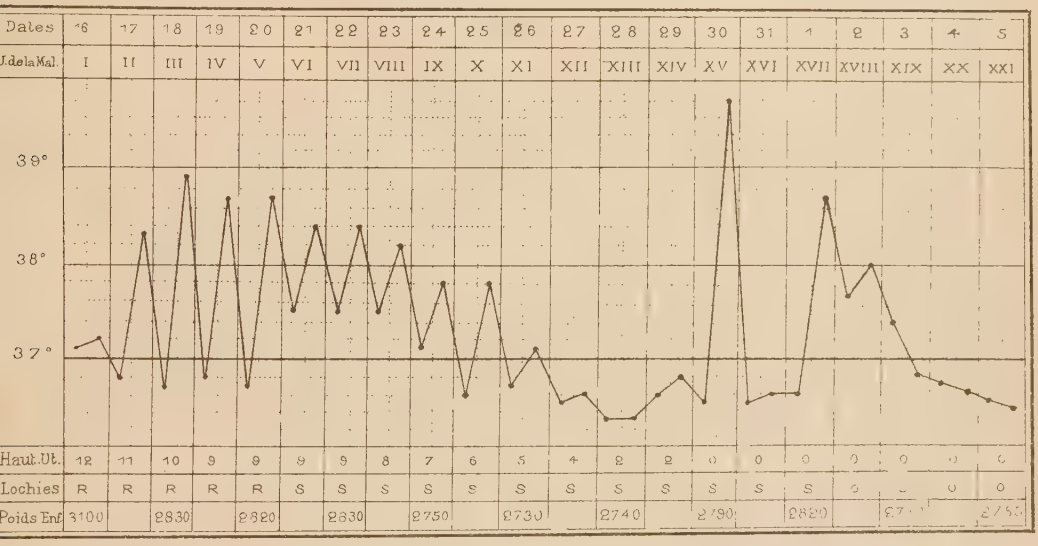
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

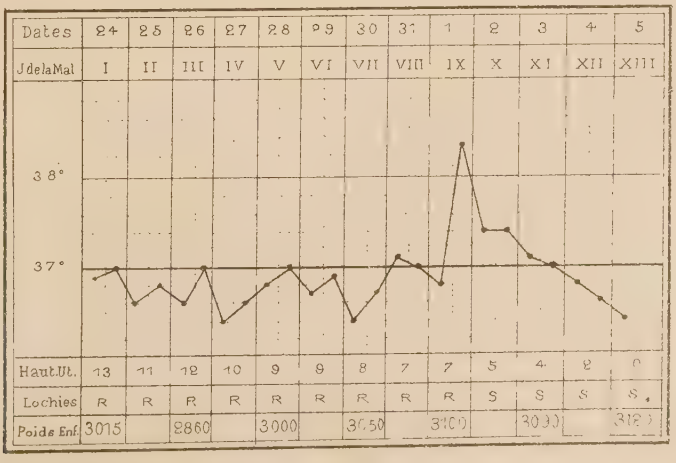
S.M. Accouchée le 3 Décembre — Obs. I



L.... Accouchée le 16 Mars — Obs. II



L.L. Accouchée le 24 Mars — Obs. III



L.B. Accouchée le 10 Mai

Obs. VII

Dates	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
J de la Mal.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	IXX	XX
Haut. Ut.	13	11	9	10	9	8	7	6	6	5	5	4	3	2	0	0	0	0	0	0
Lochies	R	R	R	R	R	R	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R
Poids Enf.	2720		2650		2680		2740		2850		2980		3180		3210		3320		3380	

R.M. Accouchée le 11 Mai

Obs. VIII

Dates	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
J de la Mal.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI
Haut. Ut.	14	12	10	10	7	6	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0
Lochies	R	R	R	R	S	S	S	S	0	0	0	0	0	0	0	0
Poids Enf.	3580		3375		3520		3520		3580		3540		3400		3380	3350

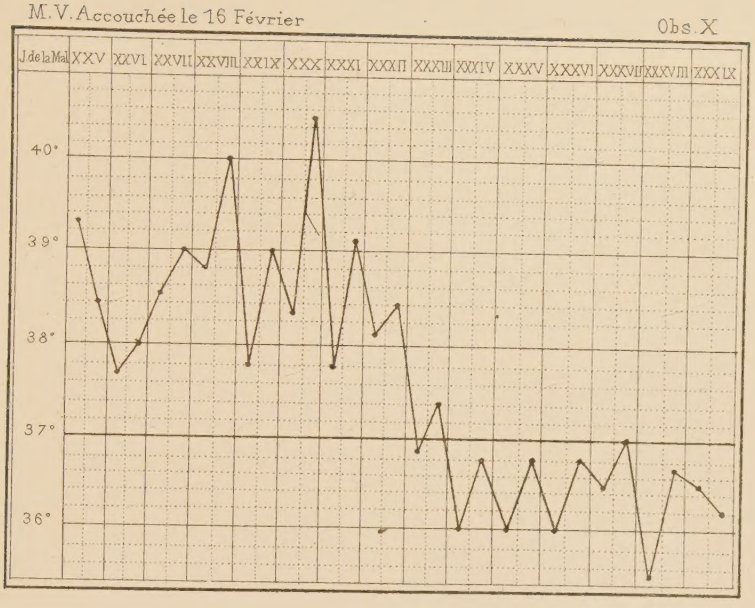
E.G. Accouchée le 16 Mai

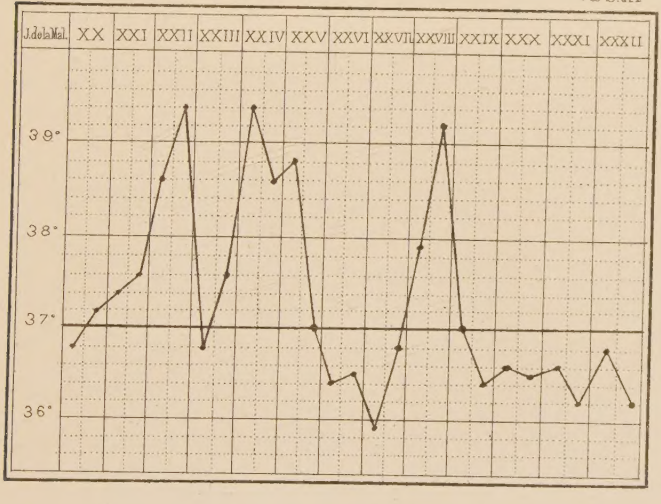
Obs. IX

Dates	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
J de la Mal.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
Haut. Ut.	13	12	9	9	8	9	7	10	9	8	7	6	3	0	0
Lochies	R	R	R	R	S	S	S	S	S	S	S	S	0	0	0
Poids Enf.	3590		3400		3435		3690		3650		3700		3800		

M.V. Accouchée le 16 Février

Obs. X



C.L. Accouchée le 22 Février

Obs. XI